

«Lave stemmer skal også høres»

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta skrøpelige eldres medvirkning i egen daglig pleie?

Lilian Winther Raakjær



UNIVERSITETET I OSLO

Masteroppgave i avansert geriatrisk sykepleie
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

07.05.2014



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Lilian Winther Raakjær	Dato: 07.05.2014
Tittel og undertittel: «Lave stemmer skal også høres» Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta skrøpelige eldres' medvirkning i daglig pleie?	
Sammendrag: Bakgrunn: Pasientmedvirkning er et grunnleggende prinsipp og helsepersonell er forpliktet å legge til rette for at pasienten skal kunne medvirke. Skrøpelige eldre er i en sårbar situasjon og trenger spesiell oppmerksomhet fra sykepleier. Medvirkning som begrep er komplekst og brukes ulikt i litteraturen. Formål: Å bruke forskningslitteraturen til å finne pasienters perspektiv på sykepleiebidrag som fremmer og hemmer skrøpelige eldres medvirkning i egen pleie. Metode: En litteraturgjennomgang basert på 14 artikler som omhandler eldre pasienters perspektiv på medvirkning i forskjellige kontekster. Resultat: De eldre pasientene ser hindringer for medvirkning ved at sykepleierne har liten tid og for ved dårlig kontinuitet i sykepleien. Pasientene ønsker en mer personlig relasjon til sykepleier og bedre informasjonsutveksling. De ser egne begrensninger for medvirkning i skrøpelighet og lite krefter. Konklusjon: Skrøpelige eldre trenger at kjent sykepleier kartlegger deres preferanser som en naturlig del av daglig pleie og anerkjenner pasientens egen erfaring om sin situasjon.	
Nøkkelord: Pasientmedvirkning, skrøpelige eldre, sykepleie, litteraturgjennomgang.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Lilian Winther Raakjær	Date: 07.05.2014
Title and subtitle: «Low voices must be heard» How can nurses contribute to ensure the frail elderly's participation in daily care?	
Abstract: Background: Patient participation is a fundamental principle and health care professionals are committed to help the patient to be able to contribute. Frail elderly are in a vulnerable situation and need special attention. Conceptual definitions of participation differ in the literature. Aim: A review of the literature to find patients' perspective on nursing contributions that promote and inhibit the frail elderly's involvement in their own care. Methods: A literature review based on 14 papers dealing with elderly patients' perspective on participation in different contexts. Findings: Elderly patients see barriers to participation in lack of time and continuity of nursing care. They want a more personal relationship with the nurse and more dialogue and information. Their own frailty and lack of energy are referred as a limitation for participation. Conclusion: Frail elderly need their preferences assessed as a natural part of daily care by a nurse who recognize their experience of the situation.	
Key words: Frail elderly, literature review, nursing, patient participation.	

Forord

Å være en del av første kullet i avansert geriatrisk sykepleie ved UIO har vært en fantastisk og lærerik reise. Det har gitt tiltrengt kunnskap og ny inspirasjon i jobben.

Jeg takker Bærum kommune og Bekkestua distrikt for velvillighet og tilrettelegging så jeg har kunnet studere og skrive oppgave ved siden av jobb. Min leder Anne Kari Randem har fra første stund støttet meg og hun har bidratt til å forme ny rolle som avansert geriatrisk sykepleier i distriktet.

Marit Kirkevold har alltid vært en inspirator i sykepleiefaget og hun har bidratt med utforming av utdanningen og undervisning av høy kvalitet.

En stor takk for veiledning i masteroppgaveskriving til professor Ellen Karine Grov, dine konstruktive og positive tilbakemeldinger har vært uvurderlige. Også en takk til bibliotekar ved medisinsk bibliotek for hjelp med søk. Til slutt en takk til mann og barn som har vært tålmodige og hjelpsomme.

Oppgaven er utformet som artikkel og følger regler i henhold til artikkeloppsett for tidsskriftet Klinisk Sygepleje.

Jar 24.04.14

Introduksjon

I Norge er det et grunnleggende prinsipp at den som tilbys helsehjelp skal ha mulighet til å ha innflytelse i beslutningsprosessen og i utformingen av tilbudet (1). For helsepersonell er det en etisk og juridisk forpliktelse å tilrettelegge for medvirkning (2). Når pasienten er gammel, syk, preget av sviktende funksjon og ikke hevder ønsker og behov, er det desto viktigere. Personer som er i en sårbar og svekket situasjon er avhengige av at hjelperen kjenner dem som personer og kan ivareta deres interesser og behov (3).

Under tittelen «Morgendagens omsorg» har Helse og Omsorgsdepartementet (2013) planlagt for fremtiden ved å presentere: «Utviklingen av brukermedvirkning kan stimuleres gjennom en tjenesteutøvelse som baseres på empowerment eller myndiggjøring. Da handler det om å mobilisere og styrke folks egne krefter, og å nøytralisere de kreftene i systemet som skaper avmakt.» (4).

Tjenestetilbudet lever ikke alltid opp til grunnleggende sykepleiefaglige verdier, helsepolitiske mål og lovkrav (5). Den enkelte pasients/brukers meninger, ønsker og mål må ofte vike for rutiner, fagutøvelse på tjenesteyters premisser og ressursmangel (6, 7). Det pasienter vektlegger i møte med sykepleier er å bli anerkjent som en særegen person med individuelle ønsker, behov og mål, formet gjennom oppvekst og livserfaringer. Denne normen er ofte mer et ideal enn en realitet. Sykepleiefaget mangler metoder og verktøy som kan hjelpe sykepleiere til å få frem pasientens ønsker og behov (8).

Begrepene pasientmedvirkning, medbestemmelse og brukermedvirkning brukes om hverandre i litteraturen. Ifølge St.meld. nr. 25 handler brukermedvirkning om å gi brukeren innflytelse og muligheter til å ta egne valg (9).

Innen helsetjenester ses mange aspekter av pasientmedvirkning. Hos fastlegen kan det handle om fordeler og ulemper med en medisin, hvor pasient og lege tar beslutning etter dialog om pasientens erfaring med sykdommen og legemidlene og legen bidrar med den medisinske kompetansen. Innen sykepleien kan pasientmedvirkning handle om eksempelvis daglig stell, sårstell, planlegging av utskrivelse, søknad om sykehjem eller samtale om ønske for lindrende behandling.

En svensk forskergruppe, som har publisert mye forskning på pasientmedvirkning i sykepleie, finner at pasienters aktive medvirkning forventes at øke motivasjonen for tilfriskning, bedre behandlingsresultat og gi høyere grad av tilfredshet med pleien (10). Foss og Askautrud (11) hevder at eldre som blir inndratt i planlegging og beslutningstaking angående egen utskrivelse har bedre muligheter for å klare seg etter utskrivelse.

I litteraturen finnes det ulike forståelser av pasientmedvirkning. Thompson (12) har i sin taksonomi identifisert 5 nivåer av pasientønsket medvirkning (se figur 1). Thompson fant et bredt spekter av pasientønsker i forhold til tenkte situasjoner for medvirkning. Der pasienten ønsker dialog avhenger utfallet av helsepersonellens villighet til en gjensidig relasjon av tillit og åpenhet. Thompson fant at pasienten kan ønske å være involvert på forskjellig nivå i

relasjon til forskjellige omstendigheter, men at dette kan endre seg over tid for samme person og i samme kontekst. Taksonomien tydeliggjør at informasjon er grunnleggende for medvirkning (12). Nivå 4 i taksonomien angir det optimale, mens nivå 0 angir ingen involvering og pasienten er passiv mottaker av pleie og behandling.

Figur 1. Taksonomi over grad av beslutnings-taking. Fritt oversatt etter Thompson (2007).

4. **Selvstendig beslutnings-taking:** pasienten kan ta beslutning uten å konsultere helsepersonell.
3. **Delt beslutnings-taking:** pasient og helsepersonell samarbeider om beste løsning og pasienten erfarer at hans mening tas i betraktning.
2. **Informasjon i dialog:** informasjonsutveksling mellom pasient og helsepersonell.
1. **Informasjons-giving:** pasienten mottar informasjon.
0. **Ikke deltaking:** pasienten er passiv mottaker av pleie og behandling.

Begrepet medvirkning er komplekst, det henger sammen med autonomi, respekt, personsentrert omsorg, myndiggjøring og andre grunnleggende begreper i sykepleie som er forutsetning for og gir retning for praksis. Begrepet brukes og forstås ulikt i ulike kontekster og tidsepoker (12,13). Jeg har valgt medvirkning i samhandlingen mellom pasient og sykepleier som tema, og forstår i denne sammenhengen medvirkning som et utgangspunkt for sykepleiers praksis.

Litteraturen gir et mangefasettert bilde av medvirkning og av nødvendige forutsetninger for at medvirkning skal bli virkelighet. Lyttle og Ryan (14) har foretatt en litteraturgjennomgang hvor fokus er eldres perspektiv på medvirkning i pleien. De finner mange utfordringer for helsepersonell, organisering av helsetjenester og for eldre mennesker spesielt, før reell medvirkning finner sted.

Graden av pasientmedvirkning i pleiesituasjon avhenger av sykepleier (15) Sahlsten og Larsson med fler har senere funnet at sykepleiere bør kartlegge den eldre personenes individuelle preferanse for medvirkning, og hevder at sykepleiere trenger utdanning for å oppnå kunnskap, evner og holdninger som er nødvendige for å bedre pasientmedvirkning (16).

Skrøpelige eldre pasienters og medvirkning er lite utforsket (17). Det har vært antatt at økende alder/sykdom betyr mindre interesse for medvirkning, men her er forskningen delt (11,14). Lyttle og Ryan (14) fremhever at medvirkning i deres litteraturgjennomgang er vurdert generelt da kun en tredjedel av litteraturgrunnet omhandler eldre. Men siden eldre er den største gruppen av helsetjenestebrukere er deres syn innlemmet i de generelle studiene.

Skrøpelige eldre

Det er ikke enighet om definisjon på sårbarhet eller skrøpelighet (frailty). Ifølge Fried (18) defineres begrepet ut fra kriteriene i tekstboks 1, men andre forskere definerer begrepet i forhold til tre eller flere diagnoser og tre eller flere innleggelser på et år (17). Det er ofte disse eldre som sykepleier møter i hjemmesykepleie, omsorgsbolig, sykehjem og i sykehus.

Tekstboks 1. Definisjon på skrøpelighet.

- Utsiktet vekttap
- Utmattelse/tap av energi
- Redusert ganghastighet
- Lavt fysisk aktivitetsnivå
- Redusert gripestyrke

Personer som oppfyller minst tre av de fem kriterier er definert som sårbare eller skrøpelige (Fried 2001).

Tekstboks 2. Helseproblemer som skrøpelige gamle er særlig utsatt for.

- Fall og fallskader
- Infeksjoner
- Delirium
- Trykksår
- Ernæringsvikt og dehydrering
- Legemiddelbivirkninger
- Nyresvikt
- Blodpropp (arteriell og venøs)

Sårbarhet er, etter Frieds (2001) definisjon (tekstboks 1), assosiert med økt risiko for sykdom, funksjonstap og død uavhengig av eventuelle sykdommer (18). Skrøpelige gamle er ekstra utsatt for sykdom og skader (tekstboks 2) og konsekvensene er ofte mer alvorlige enn hos spreke gamle (19). Skrøpelige gamle trenger bred geriatrisk tverrfaglig tilnærming med fokus på tiltak som bevarer livskvalitet og funksjon (19). Her er pasientens preferanse styrende når det gjelder beslutninger om pleie, medisinsk behandling og behandlingsnivå. Skrøpelige gamle kan ha økt sårbarhet for stress og økt tendens til å bli distraheret (19).

Siden det er begrenset litteratursammenstilling om skrøpelige gamle og deres medvirkning i beslutninger om helsehjelp, er hensikten med denne litteraturstudien å finne sykepleiebidrag for å ivareta skrøpelige eldres medvirkning i egen pleie. Forskningsspørsmålet er: Hva fremkommer i forskningslitteraturen om pasientens perspektiv på sykepleierbidrag som fremmer og hemmer skrøpelige eldres medvirkning i egen pleie?

Metode

Utgangspunktet er temaområdene medvirkning, hjemmeboende og skrøpelige eldre. I samarbeid med bibliotekar fra medisinsk bibliotek finner jeg at det er få studier på dette feltet. Fokus er medvirkning og søket begrenses derfor ikke til bare å gjelde hjemmeboende.

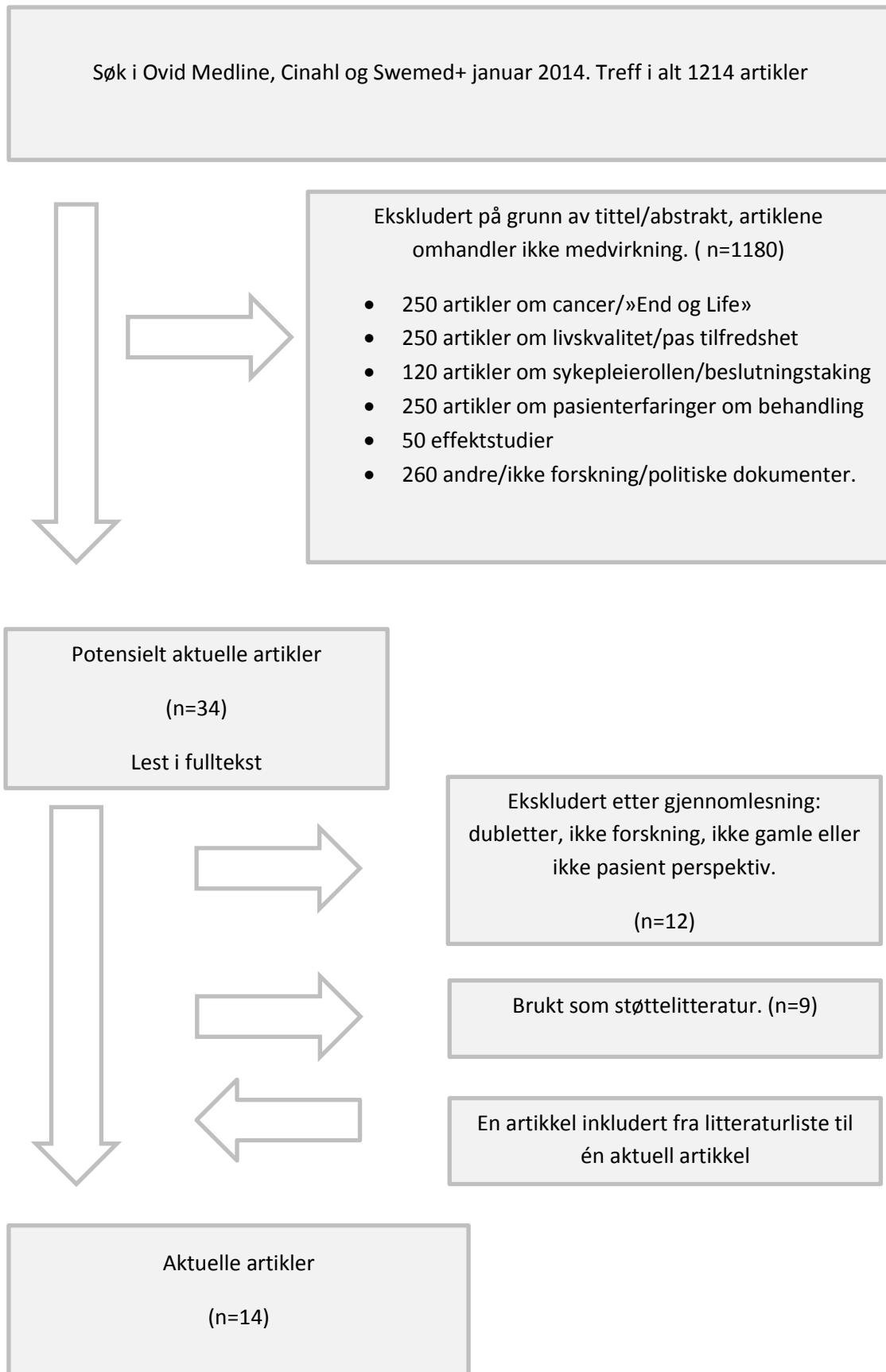
Det ble foretatt litteratur søk i databasene Ovid Medline, Cinahl og Swemed+. På grunn av begrepets kompleksitet ble det søkt bredt, noe som resulterer i mange treff (se flytskjema). Følgende søkeord ble benyttet:

- Aged/frail elderly/"aged, 80 and over"/(aged og elder or old)tw. (kombinert med "or")
- Consumer participation/patient participation/consumer satisfaction/patient satisfaction/patient preference/personal autonomy/decision making/choice behavior/Quality of life/Internal-External control/self-concept/self-efficacy/Frail Elderly (psychology)/empowerment or dignity/Patient need/patient education (kombinert med "or")
- Nursing or nurse or nurses/nurses role/Geriatric nursing/nurse clinician/nurse practitioners/nursing, practical (kombinert med "or")
- Limit 2007/English or Norwegian or Swedish or Danish

Inklusjonskriteriene som ble benyttet, var at artiklene skal være fagfellevurderte forskningsartikler (derfor er søkene utført i vitenskapelige, anerkjente databaser) og deltakerne i studiene skal ha gjennomsnittlig alder over 60 år. Studiene må inneholde aspekter ved medvirkning, og mulige tiltak for å bedre pasientmedvirkning. Pasientens eller pårørendes perspektiv skal være i forgrunn, eventuelt i tillegg helsepersonells perspektiv. Studier som kun omhandler helsepersonells perspektiv ble ekskludert. Alle artikler om «End of Life Care» ble ekskludert, men palliativ pleie i hjemmesykepleien ble inkludert.

I alt 1214 treff ble gjennomgått og tittel og abstrakt var utgangspunkt for videre utvalg eller forkastelse. Ved bruk av utvalgs-kriteriene (vist i inklusjons- og eksklusjonskriteriene over) finnes 34 mulig relevante artikler. Disse ble lest i fulltekst og artikler som ikke omhandler gamle, ikke har pasientperspektiv eller ikke er forskningsstudier ekskluderes. Ni artikler omhandler medvirkning generelt og brukes som støttelitteratur. Fra litteraturlisten til en utvalgt artikkel inkluderes enda én artikkel. Totalt inkluderes 14 artikler. Figur 2 viser oversikt over artikkelutvelgelse.

Artikkelutvalget inneholder pasienters syn på egen medvirkning innen flere kontekster. Analysen av artiklene viste faktorer som virker inn på pasientens mulighet for medvirkning i egen daglig pleie og hva sykepleier bidrar med, derfor er mange kontekster relevant for denne litteraturstudien. Sammenfatning av analysen viser kategoriene som fremkom, og disse er presentert som A, B og C i matrisen og vises i en kategorioversikt (20).

Figur 2. Artikkeltutvelgelse.

Resultat

Artiklene gir et bilde av pasientens perspektiv på egen medvirkning innen flere settinger i helsetjenesten: sykehus, poliklinikk, hjemmesykepleie, sykehjem og omsorgsbolig. Mange eldre har ikke noe forhold til begrepet medvirkning og forskere har brukt flere ordkombinasjoner for å få frem pasientens perspektiv på egen medvirkning: *medbestemmelse, å delta, å bli hørt, få mulighet for å si din mening* eller *ta del i avgjørelser om pleie og behandling*. *Pasient, bruker* eller *klient* vil bli brukt etter hva som er brukt i originalartiklene.

Nøkkelinformasjon fra inkluderte artikler er synliggjort i tabell 1, hvor faktorer som pasienter erfarer innvirker på medvirkning gjengis i egen kolonne.

Tabell 1. Litteratormatrise. Inkluderte artikler – nøkkelinformasjon							
Forfatter,år land Ref .nr.	Hensikt	Studiedesign	Utvalg	Utfallsmål	Hovedfunn	Pasient erfaring – faktorer som har innflytelse på medvirkning. Kategorier ->>	
Foss, 2010 Norge. (30)	Innsikt i eldre personers erfaringer med medvirkning ved innleggelse i sykehus	Kvalitativ utforskende studie. Dybdeintervju.	18 pasienter > 80 år. 10 menn og 8 kvinner. Alle intervju foretatt i pasientens hjem en til to uker etter utskriving.	Erfaringer med medvirkning. Syn på – og erfaring med hva medvirkning er. Muligheter for medvirkning.	Høyt tempo i sykehus vanskelig gjør medvirkning. Eldre ønsker å medvirke men personalet må aktivt se etter og hjelpe frem eldres ønsker dersom de skal bli synliggjort.	Må finne strategier for å kunne få innpass hos sykepleiere. Tid, tempo, travelhet er begrensninger. Sanesvikt begrenser.	A B C
Huby, Brook, Thompson, Tierney. 2007. UK (31)	Å forstå hvordan eldre pasienter og helsepersonell oppfatter, erfarer og utøver medvirkning i planlegging av utskrivelse	Intervju av pasienter og personale. Observasjon av interaksjonen mellom pasienter og personale	22 pasienter og 11 helsepersonell. Pasienter > 60 år. 11 av pasientene ble i tillegg fulgt opp med intervju 2 uker etter hjemreise.	Hvordan mener pasientene de har medvirket i beslutningstaking og hva er medvirkning for dem?	Etablerte kartleggingsrutiner i forhold til fysisk og psykisk funksjon er styrende for utskrivelse og ekskluderer pasienter og til dels personale fra aktiv medvirkning. Det er avgjørende at det er pasientens hovedbekymring som er i fokus av beslutningstaking	Organisatoriske forhold former pasient- personal interaksjoner og dynamikk hvor noens meninger tas på alvor og andres ekskluderes. Sammenheng mellom dårlig funksjon og mindre medvirkning. Skrøpelige pasienter trekker seg bevisst fra medvirkning. Innleggelse øker forvirring.	A B C
Penney, Wellard. 2007. Australia (28)	Utforske eldre menneskers medvirkning i egen pleie i en akutt sykehus avdeling. Vise både pasienters og sykepleiers syn på medvirkning.	Kritisk etnografisk design. Deltakende observasjon 240 timer av bruker- sykepleier interaksjon. Intervju med brukere og sykepleiere.	36 brukere og 31 sykepleiere. Brukere>70 år. De ble intervjuet 2-3 uker etter utskriving til hjemmet.	Opplevelse av medvirkning under innleggelse.	Eldre brukere sidestiller medvirkning med det å være uavhengig. De belyser begrepet medvirkning ved å beskrive «ikke medvirkning»: å ikke bli hørt, ikke få nok informasjon, travle sykepleiere. Nåværende regulering av ressurser skaper strukturer som hemmer medvirkning.	Medvirkning for eldre – betyr involvering i aktiviteter som støtter uavhengighet, f eks oversikt over medisiner. Viktig å bli hørt, å få nok informasjon om behandlingsplan. Ser helsepersonell som eksperter men ønsker å delta i forhold til medisiner og utskriving. Sykepleier må utfordres i forhold til oppfattelsen om at eldre mennesker ønsker å være passive mottakere av pleie.	A B C
Andersson, Pettersson, Sidenwall. 2008. Sverige. (32)	Å beskrive Eldres grunn til å flytte til sykehjem og deres erfaring av medvirkning i avgjørelser og forberedelser.	Kvalitative åpne intervju.	13 eldre som er flyttet inn i nyåpnet sykehjem. Median alder 84 år. Og intervju med 10 pårørende og 10 sykehjems ledere.	Å få frem den Eldres mening om grunn til flytting og hvorvidt han fikk medvirke i beslutninger relatert til flyttingen.	Opplevelse av å delta i beslutninger og oppnå kontroll er relatert til tilfredshet med innleggelse i sykehjem. Sykehjems ledere og sykepleiere bør gi rikelig informasjon og støtte eldre til å delta aktivt ved flytting til sykehjem	De veldig gamle og med skrøpelig helse følte seg lite forberedt. Lite informasjon og liten tid til å tenke og bestemme seg. De som medvirket i beslutning oppnår følelse av kontroll over situasjonen.	A C
Bjørnsland, Wilde- Larsson, Kvigne. 2012. Norge. (22)	Å få økt kunnskap om hvordan pasienter innlagt i sykehus på grunn av forverring av KOLS har erfart å medvirke i helsehjelpen.	Kvalitativ beskrivende design. Kvalitativ forskningsintervju.	6 pasienter med diagnosen KOLS. Innlagt pga forverring. Median alder 63 år. Intervjuet hjemme en til tre uker etter utskriving.	Opplevelse og erfaring med brukermedvirkning i sykehus.	Pasientene opplever begrenset tilrettelegging for medvirkning. Pasienter opplever det å være tydelig på egne behov som fremmede på medvirkning. Hindringer er travelhet, manglende kunnskap og paternalistisk tenkning hos sykepleier.	Medvirkning når de var tydelige på egne behov og bevisst egen kunnskap. Sykepleier fremmer medvirkning ved å vise omsorg og forståelse. Kjente sykepleiere som har tid fremmer. Travelhet, lite respekt, få krefter og lav tiltro til egen erfaring hemmet medvirkning	A B C
Hgli, Foss. 2008 Norge (23)	Å beskrive eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møte med hjemmesykepleien.	Kvalitative intervju med 9 eldre ektefeller til hjemmesykepleiemottakere.	4 kvinner og 5 menn > 70 år. Alle ektefeller/samboer med eldre mottaker av hjemmesykepleie og selv delaktig i pleie- og omsorgsoppgaver.	Få frem interesse for og erfaringer med medvirkning, områder for medvirkning, medvirkningens form og hemmende/fremmede faktorer.	Eldre pårørende deltar i liten grad i bestemmelser og kan ikke anses for å være likeverdige partnere. De innretter seg eller overtar omsorgen selv – heller enn å medvirke. Det finnes få retningslinjer for praksis i forhold til medvirkning.	Mangel på pågangsmot og kunnskap om rettigheter, travle sykepleiere og redsel for sanksjoner hemmer medvirkning. God relasjon til en fortrolig, kjent pleier som gir seg tid fremmer. Sykepleier må styrke pårørende gjennom informasjon, støtte, relasjonsbygging. Kontinuerlig dialog. Ikke bare de aktive brukere som har ønsker og behov!	A B C
Hellstrøm, Sarvimaki. 2007. Sverige. (29)	Å beskrive hvordan eldre som bor i omsorgsboliger erfarer selvbestemmelse og hvordan de blir verdsatt som mennesker.	Kvalitative intervju.	11 personer, 6 kvinner og 5 menn. Alder 73-93 år. De har bodd i boligen fra 6 måneder til 10 år. Deltakerne bor i 5 forskjellige boliganlegg.	Personens beskrivelse av og tanker om selv- bestemmelse. Erfaringer med selv-bestemmelse i boligen og innvirkende faktorer.	Det overordnede tema er disempowerment, de eldre beskriver omgivelser som ikke styrker selv-bestemmelse. De får ikke informasjon, følger seg avhengige, klager ikke men resignerer. De føler lite respekt og føler seg ikke verdsatt som mennesker.	Liten tid til å snakke med personale og få informasjon. Dårlige holdninger til eldre. Kutt i kommunens budsjett medfører færre personale på jobb. Pasienter ønsker mere og bedre utdannet personale og mere respekt.	A B C

Nygårdh, Malm, Wikby, Ahlström. 2012. Sverige (27)	Å utforske Empowerment i pasient- personale møtet som det erfares av polikliniske pasienter med kronisk nyresykdom.	Kvalitativ intervju studie for å forstå Empowerment fra pasientens perspektiv.	20 polikliniske pasienter med kronisk nyresykdom. Median alder 69 år. 6 kvinner og 14 menn.	Få frem pasientens erfaring av involvering i pleien, erfaring av selvbestemmelse og bevissthet rundt pleieprosessen.	Et overordnet tema: å skape tillit og det å lære gjennom pasient-sykepleier møte. Å få nok og relevant kunnskap om sykdom gir mulighet for å delta i beslutningsprosesser. Avgjørende er personalets holdning til pasientens medvirkning.	Mangel på tid, engasjement og hensyn, lite empati og fagspråk hemmer. Personalet trenger å jobbe med holdninger. Personale tilgjengelig når du trenger de er positivt. Tillit til personalets kompetanse.	A B C
Ekdahl, Andersson, Friedrichsen. 2009.Sverige (18)	Øke kunnskap om skrøpelige eldre pasienters preferanse for medvirkning i medisinske beslutninger under sykehusinnleggelse.	Semistrukturerte kvalitativ intervju.	15 deltakere >75 år. Median alder 84 år. Alle har vært innlagt 3 ganger eller mere de siste 12 måneder.	Få frem pasientens opplevelser av medvirkning i medisinske beslutninger om behandling og pleie, og hva medvirkning betyr for dem.	For skrøpelige eldre er medvirkning i medisinske beslutninger primært et spørsmål om god kommunikasjon og informasjon, ikke medvirkning i beslutninger om medisinsk behandling.	Pasienter beskriver at de er for syke og for gamle til å medvirke. De ønsker å få god informasjon, å bli hørt og god kommunikasjon med helsepersonell som har tid og som de forstår. De ser hospitalsystemet som en makt institusjon som man ikke kan diskutere med.	A B C
Holmberg, Valmari, Lundgren 2012 Sverige (21)	Beskrive pasientens erfaringer og oppfattelse av å motta sykepleie i deres private hjem. Balansere det å beholde verdighet og selvbestemmelse samtidig som en mottar pleie.	Intervju i pasientens hjem. Varighet av intervju 60-90 min	21 pasienter (11 kvinner og 10 menn) som alle mottar hjemmesykepleie. Gjennomsnitt alder =82 år. Alle forstår og snakker svensk.	Å få frem pasientens personlige erfaringer med hjemmesykepleien.	3 tema: Å være en person. Å opprettholde selvfølelse. Å ha tillit. Pasientene utviklet strategier for å balansere egen verdighet på tross av ulempene ved sykepleieprosedyrer – det styrket dem i relasjonene	Behandles med respekt. Konklusjon: tid og kontinuitet er en forutsetning for relasjonen og det å beholde verdighet og selv bestemmelse. Personlig relasjon til sykepleier verdsettes. Sykepleier må anerkjenne pasientens rett til deltaking.	A B C
Oudshoorn Ward-Griffin, McWilliam 2007 Canada (24)	Å få frem en dyptgående forståelse av kildene til makt og hvordan makt er utøvd i klient-sykepleier relasjonen i palliativ omsorg i hjemmesykepleien	Sekundær analyse av data samlet for å utforske klient-pårørende-sykepleier relasjonen i palliativ hjemmesykepleie.	4 triader av klient-pårørende-sykepleier deltar. Pasient alder over 60 (gjennom- snitt=70år)	Få frem utsagn fra data som uttrykker maktforholdene i pas/sykepleier relasjonen. Deles i makro, meso og micro nivå.	Utforskningen av makt innen hjemmebasert palliativ omsorg har vist en konseptualisering av et makthierarki, denne makten er ikke nødvendigvis negativ utøvd. Å involvere den enkelte i beslutningstaking vil forbedre makten til den svakeste i relasjonen	Sykepleiere må reflektere over og endre nedbrytende aspekter ved sykepleier-klient relasjonen. Ingen kontinuitet og liten tid øker makteløshet for pasienter. Sykepleier-klient relasjonen som avgjørende for kvalitet av pleien	A C
Shearer 2007 USA (25)	Identifisere strukturer av helse empowerment i eldre kvinners opplevelse av å påvirke eller delta i egen helsemessige utvikling	Kvalitativ design. Intervju med fokus på hvordan de har opplevd å påvirke egen helse.	14 eldre kvinner 69-94 år. Får mat levert, forstår og snakker engelsk. Hører og kan svare på spørsmål	Signifikante uttalelser om erfaring med påvirkning eller økt deltaking innen egen helse blir trukket ut fra data.	4 tema kategorier: erkjenne potensiale for endring, overskrider hindringer, økt engasjement i livet, ser fremover.	Sykepleier-pasient relasjonen viktig for å få frem pasienten egne helse mål og jobbe mot dem	B C
McGarry 2008 UK (26)	Utforske omsorgsrelasjon mellom eldre og sykepleier i hjemmet	Observasjon (47 episoder av observasjon) og semi strukturerte intervju.	13 (11 kvinner og 2 menn) hjemme- sykepleie mottakere (70-94 år) og 16 sykepleiere	Intervjuer utført med åpne spørsmål for å utforske og avklare observasjoner fra praksis.	3 nøkkel tema: Stedet for omsorg. Relasjonens natur. Betydningen av dårlig helse og sykdom.	Sykepleier mener de oppmuntrer til medvirkning men de eldre inntar en passiv rolle. Relasjonen størst betydning. Tid er avgjørende for relasjonen. Ikke mulig å skille det profesjonelle fra det personlige i relasjonen.	A B C
Mitchell, McCance. 2012. UK (33)	Å utforske møtet mellom den eldre og sykepleier i konteksten av person-sentrert sykepleie.	Sekundær analyse av intervjudata fra studien: «The whole systems working with older people».	50 deltakere >65 år. Deltakerne er innlagte i 5 avdelinger.	Autonomi som begrep er operasjonalisert i sykepleie roller. Data fra intervju er sett i lyset av disse roller - gjensidighet, åpenhet, sympatisk nærvær og forhandling.	Eldre føler seg «rolleløse» i sykehussystemet og er fratatt aktiv medvirkning i viktige beslutninger om fremtidig pleie. Sykepleier er ofte usynlige for pasienten. Pasienter forsøker lette arbeidsbyrden til sykepleier ved å ikke forstyrre.	Pasientene ønsker mere synlige sykepleiere. Sykepleiere er travle og oppgaveorienterte. Sykepleiere som vil støtte pasientens autonomi må utfordre begrensningene som kontrollerer den måten de jobber med pasientene på.	A B

Etter gjennomlesning flere ganger, kommer det ved analyse av materialet frem flere kategorier: pasientene beskrev faktorer på *organisasjonsnivå*, på *sykepleier-/pasient-nivå* og faktorer hos *pasienten selv* som virker inn på muligheten for å medvirke i beslutningsprosesser. I materialet belyser også pasienter begrepet medvirkning gjennom å beskrive hindringer for medvirkning, derfor blir kategoriene oppdelt tilsvarende. Resultatene vil bli presentert med utgangspunkt i disse kategoriene.

Tabell 2. Kategorier fra litteraturgjennomgangen med tilhørende tiltak/sykepleierbidrag som fremmer og hemmer medvirkning.

Kategorier	Tiltak/sykepleierbidrag som fremmer medvirkning	Tiltak/sykepleierbidrag som hemmer medvirkning
Organisering av tjenesten A	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitet i sykepleien • Tid med sykepleier • Holdningsarbeid • Tid for refleksjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Travelhet • For lite tid • Mangel på kontinuitet • Rutiner/prosedyrer • Stramme budsjett
Pasient-sykepleier relasjonen B	<ul style="list-style-type: none"> • Personlig relasjon • Informasjonsutveksling • Dialog/lytte • Tillit • Engasjement • Empati • Omsorg og forståelse • Tilgjengelig når pasienten trenger det • Sykepleier-kompetanse • Positiv til pasientens medvirkning 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelfull informasjon • Å ikke bli hørt • Manglende respekt • Negative holdninger • Nonsjalanse • Fagspråk forvirrer • Lite engasjement • Usynlige sykepleiere • Ikke verdsatt • Pasient-kunnskap ubetydelig
Faktorer hos pasienten selv C	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskap • Uavhengighet • Tydelig på egne behov • Trygghet 	<ul style="list-style-type: none"> • Skrøpelighet • Lite krefter • Avhengighet • Sansesvikt • Liten tiltro til egen erfaring • Lite pågangsmot • Redd for sanksjoner

Tabellen gjengir beskrivelser av funn fra artiklene basert på kategoriene A, B og C som gjenfinnes i litteraturmatriksen. Begrepene som er referert, er vist med varierende skriftstørrelse i forhold til hvor ofte de er nevnt i utvalget.

En svensk intervjustudie av Holmberg m.fl. (21) finner at tid og kontinuitet er en forutsetning for relasjonen og det å beholde verdighet og selvbestemmelse. Kontinuitet i pleien, at pasienten møter samme sykepleier igjen og har mulighet for å bli kjent virker fremmende på medvirkning (21, 22, 23, 24, 25, 26). Her understrekes det personlige i relasjonen som avgjørende.

Tillit, empati, omsorg og forståelse er aspekter i relasjonen til sykepleier som pasientene kobler med mulighet for deltaking (21, 22, 27). Å bli tatt på alvor, å bli hørt og å få nok informasjon/kunnskap er forutsetninger for medvirkning slik pasienten ser det (27, 28, 29), samtidig som sykepleier må anerkjenne pasientens rett til å medvirke (21, 27).

Ekdahl m.fl. har intervjuet 15 skrøpelige gamle etter sykehusinnleggelse. De erfarer at denne gruppen ønsker god informasjon og kommunikasjon, men føler seg for gamle og syke til å hevde seg i sykehussystemet. Medvirkning hemmes av mangelfull kontinuitet blant personalet, stresset personale og språkproblemer (17).

Flere artikler beskriver at høyt tempo, liten tid til pasienten og travle sykepleiere er faktorer som virker hemmende på pasientens mulighet for å delta (22, 23, 24, 26-33). Mangelfull informasjon, ikke å bli hørt, fagspråk og nonchalanse nevnes som hindrende for medvirkning (27, 28, 29, 32).

Et tema i deltakernes utsagn er at skrøpelighet og nedsatt funksjon kobles med mindre mulighet for medvirkning. Fire artikler (22, 29, 31, 32) rapporterer at skrøpelige og hjelpetrengende pasienter trekker seg fra medvirkning. Eldre brukere sidestiller medvirkning med det å være uavhengig (28). Penney og Wellard (28) finner at medvirkning for eldre betyr involvering i aktiviteter som støtter uavhengighet, eksempelvis det å ha oversikt over medisinene sine.

To artikler bruker begrepet empowerment eller helse-empowerment. Nygård m. fl. (27) har intervjuet polikliniske pasienter for å utforske empowerment i pasient-personale-møtet. Hovedfunnet deres er at pasienter som har fått relevant kunnskap om sykdommen sin, og som opplever å bli møtt med tillit, god tid og lyttet til, føler seg styrket til å medvirke i beslutninger om egen helse. Shearer (25) har utviklet en sykepleieteori om helse-empowerment for eldre kvinner som er bundet til hjemmet på grunn av sykdom. Med utgangspunkt i den eldre kvinnens egne livserfaringer kan sykepleier hjelpe henne å ta i bruk indre styrke og ressurser til å møte nåværende helseutfordringer. Shearer finner at relasjon med sykepleier, tid, det å lytte og oppmuntre er avgjørende.

En artikkel utforsker makt i pasient-sykepleier relasjonen. Forskerne finner at kunnskap og makt fortsatt henger sammen, men at sykepleierne også erfarer maktesløshet i hjemmesykepleiekonteksten. For pasienter er det makt i det å ha kontroll i eget liv, men de erfarer maktesløshet i manglende kontinuitet og for liten tid i pleien (24)

Diskusjon

De eldre pasientene ser hindringer for medvirkning i for *liten tid* og for *dårlig kontinuitet* i sykepleien, de ønsker en mer *personlig relasjon* til sykepleier og mer *informasjon*. De ser egne begrensninger for medvirkning i *skrøpelighet* og *lite krefter*. Men *kunnskap* om egen helse og *uavhengighet* styrker mulighet for medvirkning. De forsvarer langt på vei systemet og kritiserer ikke sykepleierne.

Til tross for at inkluderte studier har fokus på hele pasientgruppen *eldre*, sier funnene noe om hva pasientens egen skrøpelighet betyr for medvirkningen. De 14 inkluderte studiene er delt i synet på Eldres interesse for medvirkning, men funnene i denne studien tydeliggjør faktorer som har betydning for skrøpelige eldre og deres mulighet for medvirkning.

Medvirkning er som tidligere nevnt, et bredt og komplekst begrep (12, 14, 16), noe som vanskeliggjør en presis og god oversikt over litteraturen. Det avspeiler seg i artiklene som utforsker begrepet med ulike innfallsvinkler i ulike kontekster. Funnene viser at den eldre ser et spekter av faktorer som innvirker på egen mulighet for medvirkning. Det er faktorer i *omgivelsesdomenet*, *pasient-sykepleier-domenet* og *pasientdomenet*. Kim (34) bruker domene-tenkningen som en måte å strukturere viktige begrepsområder i sykepleien, og kategoriene som fremkommer i denne litteraturgjennomgangen er overlappende innholdsmessig til tre av Kims domener. En slik typologi kan ses som et begrepsmessig kart over viktige fenomener. Oppdeling i domener får viktige begrep til å fremstå klarere og mer forståelige (34), og i denne litteraturgjennomgangen ses hva som fremmer og hemmer medvirkning i omgivelsene (gjennom organisering av tjenesten), i samarbeidet pasient-sykepleier (gjennom nærvær, handling og informasjonsutveksling) og i pasientens egen situasjon (helsemessige utfordringer, kunnskapsbehov og for eksempel motløshet).

I *omgivelsesdomenet* fremhever pasientene tid og kontinuitet som avgjørende. Larsson et al (16) og Kirkevold (8) finner at kontinuitet i sykepleien er oversett av ledere som en forutsetning for sykepleier-pasientrelasjon og dermed også medvirkning. Helsepersonell er forpliktet til å tilrettelegge for informasjon og medvirkning (1) og ifølge Helsepersonell-loven (35) skal tjenesten organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Gjennomført primærsykepleie, turnus med fokus på kontinuitet og omtanke i planlegging av arbeidslister, er nyttige virkemidler for å nå målet. Det er pasientens behov som skal styre kompetansen og bemanningen på arbeidsstedet (36), og her er det opp til sykepleiere å argumentere for nødvendig tid til de skrøpelige pasientene.

Innen *pasient-sykepleier domenet* etterlyser pasientene synlige sykepleiere som de blir kjent med og får en personlig relasjon til. Malmedal (37) har i doktorgradsavhandlingen sin om overgrep på sykehjem, konkludert med at personlig relasjon til beboerne fremmer god omsorg. Hun understreker betydningen av kompetanse, evner, personsentrert pleie og personalets kritiske refleksjon for å bedre praksis.

Sykepleier-pasient relasjonen vil preges av ubalansen i kunnskap, men likeverdigheten i den mellommenneskelige dimensjonen og pasientens rett til å eie den subjektive oppfattelse av hva som er viktig i stort og smått i livet må ivaretas og respekteres av sykepleier.

Tilgang til og velformidlet informasjon nevnes av pasienter som helt avgjørende. De ønsker at sykepleier setter seg ned, tar seg tid og tar hensyn til eventuell hørselssvikt. De ønsker «å bli tatt på alvor», «å bli hørt» og bli møtt med respekt. Dialog og informasjon underbygger muligheten for medvirkning. Studier understreker betydningen av informasjonsutveksling mellom pasient og sykepleier, med den hensikten å styrke pasienten til å medvirke og at sykepleier skal vite pasientens preferanser (12, 14). Funnene i artiklene fremkommet i litteraturgjennomgangen, tyder på at det er informasjon og dialog (nivå 2 og 3 ifølge Thompsons taksonomi) som er viktig for denne pasientgruppen.

Informasjon som gis samtidig med for eksempel morgenstell oppfattes ikke alltid som informasjon (22). Sykepleier må overveie settingen for samtalen og hvordan informasjonen gis. Litteraturen understreker betydningen av å kunne sette seg ned med pasienten, forsikre seg om at han forstår, at sykepleier får høre pasientens erfaring og at han får bidra slik han ønsker (14).

Funn i artiklene viser videre at eldre pasienter beretter om travle og oppgaveorienterte sykepleiere (28, 33). Oppgavesentrert omsorg er motsatsen til personsentrert omsorg og kan true verdigheten. Verdighet er relasjonelt, vi erfarer verdighet i relasjonen, i møtet med andre mennesker. Alder og sykdom i seg selv er en trussel for verdighet, og en omsorg som heller mot det oppgavesentrerte, vil kunne øke den subjektive erfaringen av tapt verdighet hos den skrøpelige gamle. Å se personen bak pasientrollen er kanskje en floskel, men det forutsetter kjennskap til pasienten og helst at sykepleier kjenner livshistorien til pasienten (38).

Elementer av empowermenttenkningen finnes på tiltakssiden i mange artikler. Når sykepleier kjenner pasienten er det mulig å ta utgangspunkt i pasientens tidligere erfaringer i forhold til problemløsning og styrke pasienten i å stole på egen mestring (16). Å bruke pasientens livshistorie som redskap i personsentrert sykepleie bidrar til å se personen bak sykdommen og styrker relasjonen mellom pasienten og sykepleier (39, 40). Denne tilnærmingen er mulig å gjennomføre der pasient og sykepleier har en relasjon over tid, men er vanskeligere ved korte sykehusinnleggelser. Til tross for travelhet og sykehusrutiner er essensen av denne tilnærmingen allikevel mulig. For sykepleien handler om å være tilgjengelig i situasjonen og få frem pasientens personlige ønsker for sin behandling og pleie.

I *pasientdomenet* fremkommer faktorer hos pasienten selv som han ser som avgjørende for medvirkning. Pasienter ser egen skrøpelighet og mangel på krefter som en grunn til ekskludering fra avgjørelser. Dette legger føringer for hva sykepleier skal ta utgangspunkt i. Grunnleggende for sykepleien er det å vektlegge pasientens opplevelse, hans ønsker og mål i pleien. Det stiller krav til sykepleiers sensitivitet, evne til innlevelse, hennes erfaring og kompetanse (3, 8). Eldre er langt fra noen homogen gruppe og skrøpelige eldre krever spesiell årvåkenhet fra sykepleier. Skrøpelighet kan bety utmattelse og lite energi, og disse pasientene orker ikke å rope høyt.

Ut fra litteraturgjennomgangen fremkommer et bilde av skrøpelige gamle pasienter som kan fortelle om økt forvirring under innleggelse. Skrøpelighet kan bety økt sårbarhet for stress (19). De kan føle seg trette, slitne, syke og i tillegg stresset, og flere pasienter forteller om hørselssvikt som ikke ble tatt hensyn til. De har ikke krefter til å hevde sin mening og de kobler avhengighet og skrøpelighet med mindre mulighet for å være med å bestemme, noe som også vises i studiene til Larsson et al (16).

Å spare på kreftene til det som er viktigst kan være en overordnet strategi på pasientnivå. Lerdal (41) viser i sin studie en teoretisk modell av opplevelsen av energi. Følelsen av energi er sammensatt av kvalitet, intensitet, mønster og ubehag. Å kartlegge pasientens energimønster og svingninger i dette mønsteret, kan være viktig før aktivitetsnivå og egenomsorgsnivå planlegges (41). Om pasienten må bruke alle krefter på å dusje uten hjelp, vil det ikke være mulig for pasienten å ha krefter til en samtale med naboen etter morgenstellet. God sykepleie til de skrøpeligste eldre innbefatter tiltak for å hjelpe til med energiøkonomiseringen.

Verdier som autonomi og uavhengighet er sentrale i vårt samfunn, det gjenspeiler seg både i holdninger hos helsepersonell, men også hos de eldre selv. Når de som er blitt skrøpelige ønsker å økonomisere med kreftene til det som er viktigst denne dagen, er de avhengig av å møte anerkjennelse for det og en oppmerksom sykepleier som tilpasser hjelpen.

En dansk undersøkelse av livskvalitet i sykehjem (42) setter fokus på eldres selvbestemmelse versus personalets holdninger i forhold til egenomsorg. De gamle påtvinges en selvhjulpethet som er pleiepersonalets valg og ikke deres eget (43). Nevnte studie viser at det er hjelpenes verdier som styrer pleien de gamle mottar. Det var ikke de avhengige gamles egne oppfattelser av hva der var viktig og vesentlig som ga retning for daglig omsorg. Forfatterne oppfordrer sykepleiere og andre pleiepersonale til å reflektere over makten de innehar og hvorvidt deres holdninger og atferd tilgodeser de skrøpelige gamle pasienters ønsker for sin pleie (43).

Innledningsvis påpekte jeg mangelen på verktøy til å få frem pasientens ønsker og behov. Sykepleier har egen kunnskap, kompetanse og refleksjon i situasjonen for å hjelpe skrøpelige gamle til å medvirke på ønsket nivå. Å sammenholde kunnskap om aldring, skrøpelighet og sykdom med foreliggende kunnskap om hvordan gamle selv ser egen skrøpelighet som hindring for å komme til orde, gir grunnlag for sykepleien. Å kjenne pasienten og vite noe om hans interesser og behov, er et godt utgangspunkt for å kunne kartlegge hans preferanser. Dialog og anerkjennelse er de eldre pasienters ønske og et viktig redskap for sykepleier for å kunne legge til rette for delaktighet og medvirkning.

Styrker og begrensninger i litteraturstudien.

Hovedvekten av artikler i denne litteraturstudien er skandinaviske studier, noe som kan være en fordel siden de skandinaviske landene har et relativt likt helsevesen. Men studiene er alle kvalitative og relativt små, i alt 243 pasienter og 23 pårørende inngår i studiene. Alle pasienter har et hjelpebehov, men kun i en artikkel er begrepet skrøpelige eldre definert (17).

Skrøpelige eldre vil på grunn av sin fysiske og mentale sårbarhet alltid trenge spesiell oppmerksomhet fra sykepleier. Eldre befinner seg oftere enn yngre i tradisjonell pasient-rolle. Noen vil ha behov for å være i sykerollen uten å måtte ta stilling til noe, deres preferanser må derfor aktivt kartlegges. Standardiserte kartleggingsverktøy er ikke beskrevet i det utvalget av artikler som beskrives i denne studien. Siden denne litteraturstudien begrenser seg til utvalgte databaser og søkeordene som er nevnt innledningsvis, vil det kunne være oversett. En kombinasjon og videreutvikling av Thompsons taksonomi (2007) med Frieds (2001) beskrivelse av sårbare/skrøpelige gamle, vil kunne være start på en type medvirkningskartlegging hos spesielt sårbare, skrøpelige gamle. Det oppfordres derfor til større studier om medvirkning for skrøpelige gamle, og til utvikling av et kartleggingsverktøy for denne målgruppen hvor fremmende og hemmende faktorer for medvirkning blir inkludert. Innholdet i tabell 2 kan så lenge være innspill til praksis om medvirkning for skrøpelige gamle.

Denne litteraturstudien kan ikke sikre at pasientens stemme høres, men kan bidra til å synliggjøre faktorer som fremmer og hemmer medvirkning slik at avstanden mellom pasientens behov og den omsorgen de mottar blir mindre.

Konklusjon.

Denne litteratursammenstillingen viser at skrøpelige eldre mener at god tid til informasjonsutveksling med kjent sykepleier fremmer medvirkning. De ser egen skrøpelighet og mangel på krefter og energi som grunn til manglende medvirkning. Å være avhengig, å ikke bli hørt og manglende informasjon hemmer medvirkning i egen pleie og behandling. Skrøpelige gamle er avhengige av at sykepleier kartlegger deres ønske og behov som en naturlig del av daglig pleie. Medvirkning som begrep er komplekst og mangesidig, noe som understrekes i de inkluderte studier og i forskningslitteraturen for øvrig.

Referanser

1. Lovdata. Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. 02.07.1999 nr. 63; (Pasient – og brukerrettighetsloven. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Nedlastet 20.02.2014).
2. Norsk sykepleier forbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Norsk Sykepleierforbund. Oslo. 2011.
3. Kirkevold, M. Den gamles integritet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (s. 91-99). Gyldendal Akademisk, Oslo 2008.
4. Helse og Omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 29, 2012-2013. Morgendagens omsorg. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> (Nedlastet 25.02.2014).
5. Statens helsetilsyn. Kommunale tjenester til skrøpelige eldre – trygge nok? Tilsynsmelding 2010. Statens helsetilsyn. Oslo 2010.
6. Tønnesen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien forskning. 2012; 7: 280-5
7. Tønnesen S. The Challenge To Provide Sound and Diligent Care – a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Doktorgradsavhandling. University of Oslo. 2011.
8. Kirkevold, M. Individuell sykepleie. Sentrale perspektiver. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten (s. 100-112). Gyldendal Akademisk, Oslo 2008
9. Helse og Omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 25, 2005-2006. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006.html?id=200879> (Nedlastet 25.02.2014).
10. Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Plos KAE. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. Scand J Caring Sci 2007; 21: 313-21.
11. Foss C, Askautrud M. Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. Scand J Caring Sci. 2010; 24: 46-9.
12. Thompson AGH. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. Soc Sci Med. 2007; 64: 1297- 1310.
13. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for Patient Participation and Non-Participation in Health Care. Nursing Ethics 2006; 5 (13): 503-514.

14. Lyttle, D., Ryan, A. Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 2010; 5: 274-282.
15. Sahlsten MJM, Larsson IE, Plos KAE, Lindencrona CSC. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19: 223-229.
16. Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2011; 25: 575-582.
17. Ekdahl AW, Andersen L, Friedrichsen M. "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling* 80 (2010) 233-240.
18. Fried LP, Tangen CM, Watson J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci.* 2001; 56A: 146-156.
19. Ranhoff AH. Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A.H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 75-86). Gyldendal Akademisk, Oslo 2008.
20. Polit, DF. & Beck CT. 2012. *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Wolters Kluwer Health | Lippincott, Williams & Wilkins.
21. Holmberg M, Valmari G, Lundgren S. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scand J Caring Sci.* 2012; 26: 705-712.
22. Bjørslund B, Wilde-Larsson B, Kvigne K. Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning.* 2012; 8 (1) 20-33.
23. Hegli T, Foss C. De «tapte» forhandlinger – Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møtet med hjemmesykepleien. *Vård I Norden.* 2009; 29 (2) 23-27.
24. Oudshoorn A, Ward-Griffin C, McWilliam C. Client-nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 1435-1443.
25. Shearer NBC. Toward a Nursing Theory of Health Empowerment in Homebound Older Women. *Journal of Gerontological Nursing* 2007; 33 (12) 28-45.
26. McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community* 2008; 17 (1) 83-91.
27. Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlstrøm G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 897-904.

28. Penney W, Wellard SJ. Hearing what old consumers say about participation in their care. *International Journal of Nursing Practice* 2007; 13: 61-68.
29. Hellström UW, Sarvimäki A. Experiences of Self-Determination By Older Persons Living in Sheltered Housing. *Nursing Ethics* 2007; 14: 413-424.
30. Foss C. Man vil jo ikke forstyrre – Eldre menneskers erfaring med medvirkning i sykehus. *Geriatrisk Sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens*. 2010; 2:16-21.
31. Huby G, Brook JH, Thompson A, Tierney A. Capturing the consealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care* 2007; 21(1):55-67.
32. Andersson I, Pettersson E, Sidenvall B. Participation at care home admission. *Vård I Norden* 2009; 29 (91): 29-32.
33. Mitchell EA, McCance T. Nurse-patient encounters in the hospital ward, from the perspectives of older persons: an analysis using the Authentic Consciousness Framework. *International Journal of Older People Nursing* 2012; 7 (2): 95-104.
34. Kim, H.S. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Springer New York. 2010.
35. Lovdata. Lov om helsepersonell. 02.07.1999 nr. 64; (Helsepersonelloven) Tilgjengelig fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell* (Nedlastet 10.02.2014).
36. Lovdata. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. 01.07.2003 (Kvalitetsforskriften) Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/F/forskrift/2003-06-27-792> (Nedlastet 10.03 2014).
37. Malmedal W. Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes. Thesis for the degree of Philosophiae Doctor. NTNU Trondheim 2013.
38. Heggstad AKT, Nordtvedt P, Slettebø Å. Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. 2013. Tilgjengelig fra: <http://dem.sagepub.com/content/early/2013/12/12/1471301213512840> Nedlastet 05.04 2014
39. Fosslund T, Thorsen K. *Livshistorier i teori og praksis*. Fagbokforlaget, Bergen. 2010
40. Ford, P. & McCormack, B. Keeping the person in the centre of nursing. *Nursing Standard* 2000; 14(46), 40-44.
41. Lerdal A. A theoretical extension of the concept of energy through an empirical study. *Scand J Caring Sci*; 2002; 16; 197-206.
42. Christophersen J. *Livskvalitet hos de svageste ældre – en undersøgelse af 3 plejehjem. Ældresagen Danmark* 1999.

43. Kjerholt M, Christophersen J. Påtvungen egenomsorg i ældreplejen. Sygeplejersken 2001; (35): 30-35.

Vedlegg 1 Forfatterveiledning for Klinisk Sygepleje:

Vedlegg 1

Forfattervejledning

Klinisk Sygepleje er et dansk tidsskrift med fokus på sygepleje. I Klinisk Sygepleje udgives artikler der afspejler såvel det teoretiske som det praktiske aspekt af sygepleje. Tidsskriftet ønsker at bidrage til at belyse og udfordre sammenhænge mellem teori og praksis og dermed overstige den dikotomi der indimellem kan erkendes i faget. Klinisk Sygepleje henvender sig til alle professionelle som arbejder i sundhedssektoren. Målgruppen for Klinisk Sygepleje er således praktikere, ledere, forskere, lærere, samt studerende på alle niveauer.

Redaktionens mål er at publicere artikler af god kvalitet, med en grundig bedømmelse og en så hurtig sagsbehandling som muligt.

Klinisk Sygepleje udkommer fire gange om året i hhv. i februar, maj, august og november måned. Artikler kan skrives på dansk, svensk og norsk samt engelsk.

Artikeltyper

Der publiceres to overordnede typer af artikler:

- Refereebedømte artikler, der bedømmes ved dobbeltblind procedure af mindst to personer fra et panel af sygeplejersker og andre faggrupper med forskeruddannelse. Listen over referees kan ses på tidsskriftets hjemmeside.
- Ikke-refereebedømte artikler der bedømmes af redaktørerne og redaktionsgruppen

Forfatteren (erne) anmoder om refereebedømmelse, men redaktørerne forbeholder sig retten til at afvise denne anmodning, hvis det vurderes at artiklen ikke i tilstrækkelig grad lever op til krav om videnskabelighed.

- Originalartikler
- Teoretiske, filosofiske, begrebsafklarende og fagprofessionelle artikler
- Metodeartikler
- Oversigtsartikler
- Essays
- Kommentarer
- Anmeldelser
- Dobbelt- og sekundærpublikation

Originalartikler

Originalartikler er artikler, der er baseret på indsamling af data fra fx interview, observationer og vurderinger af en gruppe patienters funktion eller ernæringstilstand.

De bygges sædvanligvis over IMRAD modellen (Introduction, Methods, Results and Discussion). Introduktionen skal være kort og præcis og skal lede frem til den problemstilling der undersøges og formålet med den empiriske undersøgelse der ligger til grund for artiklen. Metodeafsnittet skal være tilstrækkelig tydelig til, at man kan forstå hvordan undersøgelsen er gennemført, hvordan data (informanter) er udvalgt og indsamlet, og hvordan data er blevet analyseret. Hvis der er anvendt statistik, skal de statistiske metoder beskrives. Ethiske tilladelser og overvejelser skal beskrives. Resultatafsnittet skal være præcist og logisk i sin opbygning. Diskussionen begynder med en diskussion af de valgte metoder (intern validitet) og overførelsesværdien til anden praksis eller generaliserbarhed. Derefter diskuteres resultaterne, som skal tage udgangspunkt i en fortolkning af resultaterne og diskuteres i forhold til den eksisterende viden og evt. teori.

Der afsluttes med en konklusion og implikationer for praksis samt videre forskning.

Teoretiske, filosofiske, begrebsafklarende og fagprofessionelle artikler

Dette er artikler, hvor et begreb, en filosofisk retning, en teori eller et fagprofessionelt emne eller problem behandles. Artiklerne skal fokusere på udvikling af et eller flere emner, klarlægge aspekter af en begrebsmodel, filosofi, teori eller fagprofessionelle spørgsmål eller lægge nye aspekter til en eksisterende teori eller et begreb. Det kan også være artikler der på en konstruktiv måde kritiserer eller kommenterer et eksisterende begreb, en filosofi, en teori eller et fagprofessionelt emne eller problem.

Introduktionen skal tydeligt identificere konceptet, det filosofiske, teoretiske eller fagprofessionelle emne der diskuteres. Emnet skal placeres i den eksisterende sygeplejerelevante kontekst. Det skal være tydeligt, hvordan artiklens indhold kan bidrage til den samlede viden der findes på området.

Metodeafsnittet skal indeholde en beskrivelse af hvordan litteraturen er søgt, i hvilke søgebaser og med hvilke

søgeord. Diskuter hvordan litteraturen er blevet behandlet samt hvordan litteraturen er blevet udvalgt (inklusions- og eksklusionskriterier).

Diskussionen skal indeholde en kritisk analyse af litteraturen og en ny måde at se på det valgte emne (konceptet, filosofien, teorien eller der fagprofessionelle emne) og hvordan denne måde kan være med til at revidere den eksisterende viden på området.

Implikationer for sygeplejen diskuteres. I konklusionen beskrives hvordan artiklen bidrager til den eksisterende viden.

Metodeartikler

Metodeartikler skal dels kunne repræsentere en overordnet tilgang til forskning og udvikling, fx epidemiologisk metode, dels være artikler om metoder til dataindsamling, fx fokusgruppeinterview eller metoder til analyse af data, fx indholdsanalyse. Ofte vil det være relevant at inddrage flere aspekter, men det vil også være relevant at dykke ned i et emne fx validering af et oversat spørgeskema eller betydning af medinterviewer i et kvalitativt interview.

Eksempler på metodeartikler:

- Validitet i kvalitativ og kvantitativ forståelse
- Indholdsanalyse
- Begrebsanalyse
- Grounded theory
- Registerbaseret forskningsmetode
- Spørgeskemabaseret forskningsmetode

Oversigtsartikler (review)

Oversigtsartikler er en systematisk, kritisk gennemgang af den foreliggende litteratur på et afgrænset område, hvor forfattere med overblik og indsigt sætter litteraturgennemgangens fund i relation til klinisk og videnskabelig praksis. Oversigtsartikler skal indeholde et metodeafsnit, der skriver hvilken søgestrategi og hvilke databaser der er anvendt. Metoden til at vurdere litteraturens kvalitet skal fremgå, herunder in- og eksklusionskriterier).

Oversigtsartikler må ikke indeholde upublicerede data. Hvis der foreligger et relevant Cochrane-review, skal vurdering af dette inkluderes. Oversigtartikler skrives over IMRAD (Introduction, Methods, Results and Discussion) modellen og der afsluttes med konklusion og evt. implikationer for praksis.

Essays

Essayet som genre giver plads til en kritisk, personlig og søgende refleksion. Det akademiske essay er en genre som har mange forskellige udtryk, og med en anden iboende frihed til at bevæge og lade sig bevæge både i form og indhold, end hvad en artikel kan rumme. Kravene til tema, formulering og afgrænsning af problemstilling, brug af kilder og referencer, samt kravene til en overskuelig struktur, er samtidig afgørende for essayets form og struktur. Diskussionen må ligeledes vise hvordan fakta og synspunkter fortolkes og vurderes.

Tilfredsstillelse af generelle formkrav er en del af det at skrive et godt essay. Mange fag har et bestemt område af virkeligheden som sit studieobjekt og de fleste essays vil derfor behandle empiri fra dette område. For at kunne udvælge og analysere relevant empiri, må forfatterne benytte en metode og begrunde at denne metode er relevant. Centralt i essayet står refleksion og selvrefleksion som metode: argumentative fremstillinger er genrens primære kendetegn. Refleksion forstås i vid forstand som en grundig overvejelse, hvor også forudsætningerne for erkendelse, normer og opfattelser bliver tematiseret.

Kommentarer

Der publiceres to forskellige typer kommentarer. Den ene type er konstruktiv respons på artikler eller andet der er bragt i Klinisk Sygepleje. Disse kommentarer skal modtages indenfor en måned efter udgivelse af et tidsskrift for at bevare aktualiteten. Den anden type kan være kommentarer til et aktuelt emne, fx en etisk problemstilling eller andet der er relevant for sygeplejefaget.

Anmeldelser

Anmeldelser af bøger eller andet materiale skal modtages senest ½ år efter udgivelsen. Anmeldelser skal være en kritisk men konstruktiv og begrundet bedømmelse og ikke blot et referat af indholdet. Anmeldelsen skal indeholde en beskrivelse af udgivelsens betydning for praksis.

Dobbelt- og sekundærpublikation

Det er muligt at publicere dobbelt- eller sekundærpublikationer i Klinisk Sygepleje. Med en dobbeltpublikation menes at den samme artikel publiceres to gange, fx 1. gang i et internationalt tidsskrift og 2. gang som oversat til et dansk tidsskrift. En sekundær publikation er en bearbejdelse af en artikel der har været publiceret før, fx fra en international publiceret artikel til en dansk kontekst. Her følges Vancouver-reglerne, hvor det fremgår at det er muligt at publicere den samme artikel, som tidligere har været publiceret i et andet tidsskrift, såfremt dette

tidsskrift giver skriftlig tilladelse hertil. Det er 1. forfatteren til artiklen, der er ansvarlig for at indhente denne tilladelse. Desuden skal 1. forfatteren informere sine evt. medforfattere om at artiklen søges dobbelt-sekundærpubliceret. Forfatteren sender en kopi af artiklen med begrundet anmodning om dobbelt-/sekundærpublikation til Klinisk Sygepleje. Det skal i indledningen af artiklen tydeligt fremgå, at der er tale om en dobbelt- / sekundærpublikation og hvor artiklen primært har været publiceret. Desuden vedlægges en underskrevet forfattererklæring fra evt. medforfattere, hvor de tilkendegiver at de er indforstået med dobbelt- / sekundærpubliceringen.

Skrivevejledning

Interessekonflikter

Når en artikel er godkendt til publicering af redaktørerne, udsender forlaget en forfattererklæring, hvor det fremgår hvem der er 1. forfatter til det indsendte manuskript og hvor rækken af medforfattere er angivet. Alle forfattere bekræfter med deres underskrift at manuskriptet ikke er sendt til andre tidsskrifter og at manuskriptet ikke tidligere har været publiceret (originalpublikation). Når manuskriptet er publiceret i Klinisk Sygepleje anses det for at være ejet af Klinisk Sygeplejes jf. lov om ophavsret. Hvis forfatterne senere ønsker artiklen publiceret i et andet tidsskrift, skal der søges tilladelse hos Klinisk Sygepleje.

Forfatter og medforfatterskab

Klinisk Sygepleje følger Vancouver-reglerne for ret til forfatterskab og regler for taksigelser.
http://www.icmje.org/ethical_1author.html

Forfatterskab

Forfatterskab gives udelukkende til personer der har 1) deltaget væsentligt til idé og design, indsamling af data, eller analyse og fortolkning af data, 2) skrivning af artiklen eller gennemført en kritisk revision på et intellektuelt grundlag og 3) final godkendelse af den version der skal publiceres. Forfattere skal opfylde både punkt 1, 2, og 3.

Taksigelser

Alle der har bidraget til arbejdet, f.eks. ved fondsansøgning, dataindsamling eller generel supervision, og som ikke opfylder forfatterskabskriterierne, nævnes her. Udtryk kun taknemmelighed over for personer, der har støttet afgørende. Tak vedrørende økonomisk støtte anføres også her - husk evt. bevillingsnummer. Personer der står anført under taksigelser, skal ved deres underskrift godkende dette.

Manuskripter

Må højst være på 5000 ord (uden abstract, tabeller, figurer og referenceliste). Manuskripter indsendes elektronisk (cd eller e-mail) til Munksgaard. Artiklen bedes indsendt som et samlet dokument, indeholdende titelside, engelsk abstract og keywords, brødtekst og litteraturliste.

Essays må være på højst 1500 ord, kommentarer 200 ord og anmeldelser på 500 ord.

Hvis manuskriptet sendes på cd, vedlægges to print af manuskriptet, figurer og/eller tabeller. Manuskriptet indskrives med dobbelt linjeafstand i punkt 12 med bred margin i højre side. Manuskriptet skal forsynes med sidetal og med 1. forfatterens navn på sidefoden.

Titelside

Skal indeholde forfatterens/forfatternes titel/titler, navn(e), arbejdsadresse(r), e-mailadresse(r), telefonnummer på kontaktperson og titlen på artiklen. Manuskriptets titel angives på dansk og engelsk og må ikke overskride 6-8 ord.

Antal ord i manuskript (højst 5000 ord) og abstract (højst 150 ord) anføres.

Forfattere, som ønsker deres artikel refereebedømt, skal aflevere to dokumenter: en separat titelside samt en blindet artikel, altså uden angivelse af forfatternavne, arbejdssteder mv.

Abstract og keywords

Efter titelsiden skal være et engelsk abstract (højst 150 ord), der indeholder: baggrund, formål, evt. teoretisk forankring, metode, resultater og konklusion.

Efter abstract angives fem keywords, der er sigende for indholdet, (på engelsk) i alfabetisk rækkefølge.

Indskrivning af tekst

- Undgå at anvende specielle koder, layout- og retteprogrammer mv., da disse kan forårsage problemer i redigeringsprocessen. Medfører tilbagesendelse af manuskriptet til omskrivning
- Skriv al tekst med ordinær skrift, også overskrifter (se senere)
- Anvend dobbelt linjeafstand og bred højremargin
- Automatisk orddeling og fast højre margin skal slås fra
- Anvend ikke indryk ved almindeligt linjeskift

- Citater på tre linjer og derover skrives med indryk og enkelt linjeafstand. Husk at angive sidetal i den citerede publikation
- Anvend ikke **fed skrift** i teksten
- Anvend kun *kursiv skrift*, såfremt du virkelig ønsker at fremhæve et ord
- Undgå specialtegn, da de kan forsvinde ved udprintning og/eller sætning af manuskriptet

Formelle krav og godkendelser

I manuskripter, der rapporterer biomedicinsk forskning, skal det fremgå, at studiet er godkendt af den relevante videnskabetiske komité.

Når det er relevant i forhold til lovgivning om oprettelse af databaser, skal det fremgå, at studiet er anmeldt til Datatilsynet.

Overskrifthierarki

Inddel artiklen i passende afsnit med gennemtænkte overskrifter og underoverskrifter. Alle overskrifter markeres i manuskriptet med tal i venstre margin:

0) Artikeloverskrift

1) Første underoverskriftsniveau

2) Andet underoverskriftsniveau

Litteratur

Alle litteraturhenvvisninger anføres i overensstemmelse med Vancouver-reglerne

(<http://www.icmje.org/index.html#reference>). Se nedenstående eksempler:

Artikel i tidsskrift

1. Bruhn H, Benwell CF. Videnskabelighed og praksis – nye tider for sygeplejen. *Klin Sygepl* 2004; 17 (4): 12-20.

Bog

1. Birkler J. *Filosofi & sygepleje*. København: Munksgaard Danmark; 2003.

Kapitel i bog

Poulsen I. Geriatrik udredning. I: Amstrup K, Poulsen I, eds. *Geriatri – en tværfaglig udfordring*. København: Munksgaard Danmark; 2004.

Websites

Sundhedsstyrelsen. Redegørelse om whiplash 2000. (Besøgt 25. oktober 2009)

www.sst.dk/publ/Publ2000/whiplash/clean.html

Litteraturhenvvisninger anføres med tal i parentes (1), hver gang de forekommer i teksten. De skal fremstå i rækkefølge. Der kan højst henvises til 30 kilder. Oversigtsartikler er undtaget fra denne regel. Kun litteratur anvendt i artiklen må anføres under litteratur. Det er forfatterens ansvar, at litteraturen er angivet korrekt. Eventuelle fodnoter angives med hævet tal, og noteres i slutningen af dokumentet.

Tabeller og figurer

Tabeller og figurer skal være relevante for forståelsen af artiklen. De nummereres i den rækkefølge, de forekommer i teksten. Angiv i teksten, hvor de skal placeres, og der skal henvises til dem i teksten. Tabeller og figurer forsynes med en kort beskrivende tekst. Der må højst være 6 tabeller og figurer (i alt) i et manuskript. Hvis en grafisk figur har været offentliggjort tidligere, skal der foreligge skriftlig tilladelse til, at den må benyttes i din artikel. En sådan tilladelse skal indhentes fra den person, der har copyright til det skriftlige materiale, som figuren oprindeligt illustrerede.

Bedømmelse af manuskripter

Hvis et manuskript ikke opfylder kravene i forfattervejledningen, eller hvis artiklens indhold er irrelevant for tidsskriftets formål og hensigt, kan redaktionsgruppen afvise artiklen. Redaktøren kan ligeledes returnere manuskriptet med anmodning om, at det skrives om. Hertil er det muligt at få vejledning hos redaktøren. Vejledning fra redaktøren er ingen garanti for, at artiklen godkendes til optagelse i tidsskriftet.

Korrektur

Læs omhyggelig korrektur på en papirudskrift af manuskriptet, inden det afsendes. Efter grafisk opsætning af manuskriptet modtager forfatteren første korrektur til vurdering og godkendelse. **Det er forfatterens ansvar at påse at fejl og mangler rettes, ligeledes at forfatternavne og rækkefølge er korrekt.** Anden korrektur læses af redaktøren. Som tak for en artikel til publicering modtager forfatteren et års friabonnement på *Klinisk Sygepleje*.

Tidsfrister for indlevering af manuskripter til Klinisk Sygepleje

Manuskripter modtages løbende. Redaktørerne og redaktionsgruppen forbeholder sig ret til at prioritere hvornår de enkelte artikler udgives.